

- операции на органах брюшной полости и черепно-мозговые травмы;

- после прерывания беременности

- после изнасилования;

III группа – это группа диспансерного учета (девочки с экстрагенитальной патологией; девочки с репродуктивными нарушениями, ювенильными кровотечениями, нарушениями полового развития, опухолевидными образованиями и др. на этом этапе лечения, реабилитации и т.д.).

Итак, необходима преемственность и единство работы детского и подросткового гинеколога, ранняя диагностика патологии гениталий у юных пациенток, что обеспечит правильный выбор врачебной тактики и будет способствовать сохранению репродуктивного здоровья будущей матери. Регулярное наблюдение у детского и подросткового гинеколога позволит не только своевременно выявить, пролечить и определить меры профилактики гинекологических заболеваний, но и подготовить девушек к предстоящему материнству, ответственному рождению детей, что поможет решить проблему демографической безопасности в стране.

Литература

1. Гуркин, Ю.А. Гинекология подростков: Руководство для врачей / Ю.А. Гуркин – СПб: ИКФ Фолиант, 2000. – 574 с.
2. Загорельская, Л.Г. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода у девочек подросткового возраста в зависимости от состояния их здоровья: автореф. дис. ... кан. мед. наук / Л.Г. Загорельская – Уфа. – 2002. – 24 с.
3. Захарова, И.И. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте (диагностика, рациональное лечение, рекомендации по гигиене)/ И.И. Захарова, Н.А. Коровина, Т.М. Творогова// Руководство для врачей. – Москва., 2010. – 60 с.
4. Коколина, В.Ф. Урогенитальный хламидиоз: пособие для врачей. М., 2007. – 26 с.
5. Немченко, О.И. Урогенитальный микоплазмоз у девочек: обзор литературы / О.И. Немченко, Е.В. Уварова // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – № 2. – С. 40–53.
6. Прилепская, В.Н. Особенности инфекционных процессов нижнего отдела половых путей. Возможности терапии препаратами для локального применения // Гинекология. – 2000. – Т. 2, – № 2. – С 57–59.
7. Султанова, Ф.Ш. Состояние влагалища и шейки матки у девочек допубертатного возраста с различным уровнем стероидных гормонов: автореф. дис...канд. мед. наук. М., 2003. – 23 с.

ВЛИЯНИЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ОВАРИЭКТОМИИ НА РАЗВИТИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА, ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН – КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

Т. С. Милош

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В последние годы отмечен рост заболеваемости гениталий среди молодых женщин. Это приводит к увеличению радикальных хирургических вмешательств. Наиболее частой операцией в большинстве стран мира является гистерэктомия по поводу миомы матки и эндометриоза, во время

которой в 60% одновременно удаляют и яичники. Развивающийся постовариоэктомический синдром вследствие двухсторонней овариэктомии (ДО) занимает особое место среди гипоестрогенных состояний женщины, патогенетически отличаясь от возрастной менопаузы [4].

Кроме того, нейровегетативные, эндокринно-метаболические нарушения и психоэмоциональный дискомфорт из-за резкого дефицита половых гормонов ведут к срыву адаптационно-приспособительных механизмов в организме и развитию синдрома «хирургической менопаузы», отражаясь на здоровье женщины. Установлено, что практически во всех органах и тканях женского тела есть рецепторы к эстрадиолу. Этим можно объяснить возникновение психологических расстройств и метаболических нарушений. Кроме того, обнаружена прямая зависимость между ЦНС и автономным синтезом половых стероидов (нейростероидов). Эта связь говорит о влиянии эстрогенов на ментальные и когнитивные функции, отвечающие за качество жизни женского организма [1].

При двухстороннем удалении придатков наблюдается более быстрое развитие как ранних, так и поздних стадий климактерических расстройств, более тяжелое их течение [2], что резко ухудшает состояние здоровья женщины и качество жизни. Поэтому врачи акушеры-гинекологи сталкиваются с проблемой: сохранения жизни пациенток на высоком уровне качества.

Патологические проявления ТО у больных репродуктивного возраста с гинекологическими заболеваниями протекают с более выраженной манифестацией, достигая 50-100% случаев [5]. В послеоперационном периоде при отсутствии терапии отмечено прогрессирование гиперлипидемических изменений, повышение атерогенного потенциала крови, дислипидемия, артериальная гипертензия, гиперинсулинемия и инсулинорезистентность [4], что обуславливает необходимость более детального подхода к изучению частоты, этиологических факторов, особенностей патогенетических механизмов и прогнозирования в период хирургической менопаузы.

При этом, недостаточно изучен в условиях развивающегося гипогонадизма является липидный обмен. Установлено, что в это время у женщин наблюдается рост числа инфарктов миокарда и инсультов, патогенез которых связан с метаболическим синдромом. Вышеперечисленное обуславливает актуальность исследований в этом направлении.

Цель исследования – изучение влияния двухстороннего удаления придатков у молодых женщин на развитие метаболического синдрома и липидный профиль.

Методы исследования. В клиническом наблюдении и клинико-инструментальном обследовании участвовали 17 пациенток с ДО (основная группа) изолированно либо в сочетании с гистерэктомией по поводу лейомиомы матки, эндометриоза, опухолевидных образований яичников или их перекрута. Контрольную группу составили 12 женщин с учетом критериев включения и исключения.

Критерии включения: возраст $47 \pm 1,4$ лет ($p > 0,05$). Критерии исключения из исследования: наличие острых и хронических (в стадии обострения) заболеваний органов малого таза, сопутствующих ИППП, опухоли экстрагенитальной локализации, факт приема киких-либо гормональных препаратов, и лекарств, оказывающих влияние на состояние сосудистой стенки в течение последнего года, врожденные заболевания печени и обмена веществ, заболеваний центральной нервной системы. При подборе пациенток также обращали внимание на социальный статус, физическую активность, пищевые и вредные привычки. Всем гинекологическим больным накануне операции проводилось общеклиническое, биохимическое исследование крови, коагулограмма. Учитывались жалобы, анамнестические данные.

Для оценки метаболических нарушений вычисляли индекс массы тела (ИМТ) по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела (кг)} / \text{рост}^2 (\text{м}^2)$, измеряли окружность талии (ОТ) и устанавливали наличие абдоминального ожирения при превышении $\text{ОТ} > 80$ см. Исследовали антропометрические показатели: ОТ, окружность бедер (ОБ), соотношение их окружностей ОТ/ОБ (ВОЗ, 1997). Тип распределения жировой ткани рассчитывали по соотношению объема талии (ОТ) к объему бедер (ОБ) ($\text{ОТ/ОБ} > 0,85$ – абдоминальный тип, $\text{ОТ/ОБ} < 0,85$ – глутеофemorальный).

Для оценки состояния липидного обмена в сыворотке крови женщин определяли уровень общего холестерина (ХС) [6], триглицеридов (ТГ) [7] колориметрическим фотометрическим тестом на анализаторе Beckman Coulter серии AU.

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием программы «Statistica 6,0». После проверки данных на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка рассчитывали среднее арифметическое значение и стандартное отклонение или процент от анализируемой группы. Использовался однофакторный дисперсионный анализ данных. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток с ДО наблюдались клинические проявления постовариоэктомического синдрома. Средний возраст женщин составил $47,9 \pm 2,8$ лет. При сравнении нами группы были сопоставимы по возрасту и росту. Средний вес гинекологических больных опытной группы равнялся $74,4 \pm 14,2$ кг ($p > 0,05$), вес женщин контрольной группы – $63,9 \pm 9,8$ кг. При исходном обследовании избыточная масса тела (ИМТ 25-30 кг/м^2) и ожирение 1 степени (ИМТ 30-35 кг/м^2) выявлено поровну у 17,6% пациенток с ДО. Данный параметр у женщин контрольной группы – 20-24,9 кг/м^2 . Абдоминальное перераспределение жира наблюдалось у 29,4% пациенток, глутеофemorальное – у 5,9%. Установлено, что ОТ женщин с ДО составила – $91,1 \pm 7,9$ см ($p < 0,05$) данный параметр у пациенток контрольной группы – $75,5 \pm 8,1$ см. Соотношение ОТ/ОБ составило $0,84 \pm 0,05$ и $0,78 \pm 0,04$, соответственно ($p < 0,05$).

В ходе биохимического анализа крови у гинекологических больных с ДО уровень общего ХС равнялся $6,1 \pm 0,7$ ммоль/л и был выше ($p < 0,001$) на

23%, чем у женщин контрольной группы $4,7 \pm 1,1$ ммоль/л. У опытной группы пациенток показатель ТГ составил $2,5 \pm 1,3$ г/л, что было больше в 3,6 раза, чем у женщин контрольной группы $0,69 \pm 0,2$ г/л.

Выводы. Таким образом, в связи с дефицитом половых стероидов прогрессируют метаболические нарушения: увеличение массы тела, перераспределение жира с формированием абдоминального ожирения, гиперлипидемия. Данные патологические нарушения влекут за собой изменение общего здоровья, трудоспособности и качество жизни молодых женщин, обуславливая формирование сердечно-сосудистых заболеваний и вызывают необходимость своевременной коррекции.

Литература

1. Доброхотова, Ю.Э. Опыт применения Феминала в коррекции климактерических расстройств / Ю.Э. Доброхотова, Н.А. Литвинова, Е.В. Лetyгина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – №1. – С. 65–68.
2. Макаров, О.В. Синдром постгистерэктомии/ О.В. Макаров, В.П. Сметник, Ю.Э. Доброхотова// Москва – 2000. – 267с.
3. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA // Москва: Медиа Сфера. – 2003. – 312 с.
4. Сметник, В.П. Медицина климактерия/ В.П. Сметник // М., – 2006. – 848 с.
5. Ферстрате, М. Тромбозы/ М. Ферстрате, Ж. Фермилен // М. – 1986. – 333с.
6. Allain, C.C. Enzymatic determination of total serum cholesterol/ C.C. Allain, L.S. Poon, C.S.G. Chan, W. Richmond, P.C. Fu // Clin Chem – 1974. – V. 20. – P. 470–475.
7. Trinder, P. Enzymatic calorimetric determination of triglycerides by GOP-PAP method /P. Trinder // Ann Clin Biochem. – 1969. – Vol. 6. – P. 24–27.

РОЛЬ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ В ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС

Р. А. Мисюра

УЗ «Столинская центральная районная больница»

Работа с населением по вопросу формирования мировоззрения на возможные риски для жизни и здоровья, связанные с радиационной аварией, является неотъемлемой частью мероприятий по ликвидации последствий радиационных катастроф. Однако понимание важности данной проблемы пришло не сразу.

За послечернобыльские годы морально-психологическое состояние населения от шокового или безразличного прошло путь к состоянию осознанного отношения к радиации, как к явлению, окружающему нас.

Почему вопросу привития населению радиологической культуры необходимо уделять постоянное внимание?

Да потому, что обеспокоенность и психологическая напряженность, являющаяся проявлением стресса на произошедшую или ожидаемую аварию, могут являться причиной нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний.

При этом негативные последствия тревожного состояния наносят куда больше вреда, чем воздействие малых доз ионизирующего излучения.